Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung Landesvereinigung Bayern e.V.

Leitlinien für den medizinischen Anteil an der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung von Kindern mit bestehender oder drohender Behinderung in Interdisziplinären Frühförderstellen[1]

Unterschriftsfassung

Einführung

Diese Leitlinien beschreiben fachliche Standards der interdisziplinären Frühförderung, welche für den Leistungskomplex der Früherkennung, Frühförderung und Frühberatung grundlegend sind. Sie fokussieren die fachliche Perspektive des medizinischen Anteils (ärztlich und medizinisch-therapeutisch) an der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung und beschreiben sie als Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe, damit sie beim Leistungsberechtigten „wie aus einer Hand“ ankommen.
Durch diese Leitlinien wird der medizinische Part am interdisziplinären Zusammenwirken aller an der Frühförderung beteiligten Berufsgruppen in Ermittlungs-, Entscheidungs-, Handlungs- und Beratungsprozessen konkretisiert. Dies dient dem Ziel, die Versorgungsergebnisse bei Erbringung der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung zu verbessern, die definierten medizinischen Versorgungsinhalte umzusetzen und deren Qualität zu sichern. Dabei sind veränderte Bedarfe zu berücksichtigen, die sich aus neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen, gesellschaftlichen Veränderungen und aktuellen gesetzlichen Vorgaben ergeben.

1. Gesetzliche Rahmenbedingungen der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung

Gesetzlich geregelt ist die Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung als eigenständiges Leistungsangebot zur Rehabilitation und Teilhabe im Bundesteilhabegesetz (BTHG) insbesondere in Teil 1 des SGB IX (Art. 1 BTHG) und in der Frühförderungsverordnung (FrühV - Art. 23 BTHG). Die Komplexleistung ist als niedrigschwelliges Angebot zur Beratung, Bedarfsermittlung, Diagnostik, Förder- und Behandlungsplanung sowie -umsetzung ausgestaltet. Ein Anrecht auf Leistungen der Früherkennung und Frühförderung besteht für Kinder mit Entwicklungsrisiken, -auffälligkeiten, - beeinträchtigungen und /oder (drohender) Behinderung vom Neugeborenen- bis zum Schuleintrittsalter. Angeboten werden individuell angepasst kindbezogene sowie familien- und lebensweltorientierte Leistungen, um eine gelingende Teilhabe zu ermöglichen, einstellungs- oder umweltbedingte Barrieren abzubauen und vorhandene Ressourcen zu unterstützen.

---

[1] *Fußnote: Im Sinne der besseren Lesbarkeit verwenden wir im Folgenden i.d.R. das generische Maskulinum und sprechen damit alle Geschlechter an (m/w/d).*

- Im Rahmen des BTHG wurde der Behinderungsbegriff im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) neugefasst. Denn gemäß der UN-BRK entsteht eine Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen dem Menschen mit seiner Beeinträchtigung und den einstellungs- und umweltbedingten Barrieren.

- Dieser in § 2 SGB IX definierte Behinderungsbegriff erfordert somit ein Gesundheits-, Krankheits- und Behinderungsverständnis auf der Grundlage des „bio-psycho-sozialen Modells" der WHO von 2001, wie es in der ICF (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - in der Spezifizierung als ICF-CY für Kinder und Jugendliche 2007 / 2011) niedergelegt ist – ergänzend zur ICD-bezogenen Klassifikation, die vorrangig Gesundheitsprobleme und Diagnosen klassifiziert (revidierte Version ICD-11 in Kraft getreten am 01.01.2022) und einen Versorgungsanspruch rechtfertigt. Diagnosen einer (drohenden) Behinderung ausschließlich auf Grundlage dieses „bio-medizinischen Modells" vorzunehmen, erfüllt nur einen Teil der gültigen Neudefinition von Behinderung.

- Auf der Grundlage interdisziplinärer Diagnostik und Bedarfsermittlung wird – soweit eine Leistung der interdisziplinären Frühförderung erforderlich ist – ein ICF-orientierter Förder- und Behandlungsplan erstellt. Beim Förder- und Behandlungsplan handelt es sich – in Abgrenzung zur Verordnung von Heilmitteln – um ein eigenständiges Leistungselement der interdisziplinären Frühförderung (s. § 7 FrühV).

- Gemäß § 7 FrühV ist es Aufgabe der Interdisziplinären Frühförderstellen (sowie der Sozialpädiatrischen Zentren), „(…) die nach dem individuellen Bedarf zur Förderung und Behandlung voraussichtlich erforderlichen Leistungen nach §§ 5 und 6 in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich oder elektronisch zusammen(zustellen) und (…) diesen den beteiligten Rehabilitationsträgern nach Maßgabe des § 14 des Neunten Buch Sozialgesetzbuch zur Entscheidung vor(zulegen)."

- Durch die leistungsträger- und leistungsgruppenübergreifende Zusammenführung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen der sozialen Teilhabe (vgl. §§ 5, 6 und 46 (3) i. V. m. § 79 SGB IX sowie §§ 5 und 6 FrühV) ersetzt der Förder- und Behandlungsplan im Bereich Früherkennung und Frühförderung den Teilhabeplan gemäß §§ 19 ff. SGB IX.

- Medizinisch-therapeutische Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung werden auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans erbracht. Sie richten sich grundsätzlich nicht nach den Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 5 Abs. 1 Punkt 3 FrühV).

- Beratung, Unterstützung und Begleitung der Erziehungsberechtigten zählen im Kontext eines Förder- und Behandlungsplans regelhaft zu den Aufgaben medizinisch-therapeutischer Fachkräfte (vgl. § 6a Punkt 1 FrühV).

Unterschriftsfassung

- Überdies regelt § 6a Punkt 4, dass es „für die mobile Form der Frühförderung (…) sowohl fachliche als auch organisatorische Gründe geben (kann), etwa unzumutbare Anfahrtswege in ländlichen Gegenden. Eine medizinische Indikation ist somit nicht die notwendige Voraussetzung für die mobile Erbringung der Komplexleistung Frühförderung."

2. Medizinische Fach- und Handlungskompetenz für die Erbringung der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung

Frühförderung beruht auf interdisziplinärer Zusammenarbeit. Auch wenn in dieser Anlage der Fokus auf dem medizinischen Part liegt, sind die Voraussetzungen und Durchführung der Leistungen einschließlich von Beratung Teil eines Gesamtkonzepts für das einzelne Kind, können und sollen sich aufeinander beziehen. Voneinander zu lernen und um gegenseitige berufsspezifische Kompetenzen und Ressourcen zu wissen, ist Grundlage einer guten Zusammenarbeit.

2.1. Wissen um Komplexität und Dynamik frühkindlicher Entwicklung

Die Reifung des kindlichen Gehirns und anderer Organe folgt in der Anlage ihrer biologischen Basisstrukturen und -funktionen einem genetisch vorgegebenen strukturellen Bauplan und differenziert sich besonders dynamisch schon vor der Geburt und in den ersten Lebensjahren. Vererbt werden dabei im Laufe der Evolution bewährte, das Überleben sichernde Funktionen und Verhaltensweisen, wie z.B. Atmen, Saugen, Schlucken, der innere Antrieb, aktiv zu sein und ein bevorzugtes Interesse an sozialer Interaktion. Die vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten elterlicher Erbfaktoren prägen beim Kind nicht nur das individuelle Aussehen, sondern legen auch eine grundlegende Basis im Hinblick auf sein angeborenes individuelles Begabungspotential, sein Temperament und seine Verhaltensdispositionen.

Genetische Veränderungen können ursächlich verantwortlich sein für angeborene Organfehlbildungen, Stoffwechselerkrankungen oder auch Funktionsstörungen des Nervensystems mit der Folge sensomotorischer, kommunikativ-sprachlicher und/oder kognitiver Entwicklungsprobleme. Gegebenenfalls können auch spezifische Verhaltensbesonderheiten genetisch bedingt sein. In bestimmten Fällen kann der erfahrene Kinderarzt aufgrund einer spezifischen Symptomkombination ursächlich ein genetisch bedingtes Syndrom vermuten und in Absprache mit den Eltern eine entsprechende Diagnostik veranlassen. Doch auch Kinder mit genetisch nachgewiesenem Syndrom entwickeln sich zwar anders, aber ebenso individuell und variabel.

Entwicklung ist immer das Resultat aus dem Zusammenwirken genetischer Veranlagung und prägenden Einflussfaktoren des Entwicklungsumfelds eines Kindes. Beide Faktoren beeinflussen sich wechselseitig – günstig oder ungünstig.
Kritische Lebensereignisse wie Frühgeburtlichkeit, Infektionen, schwere Erkrankungen oder Unfälle können je nach empfindsamer Reifungsphase des Gehirns schwerwiegende Langzeitfolgen für die Entwicklung nach sich ziehen. Dem gegenüber stehen Resilienzfaktoren der Gesundheit (z.B. gesunde Ernährung, Bewegung, Schutz vor Infektionen), aber auch der sozioemotionalen Entwicklung, wie verlässliche Beziehungen, kindgerechte Interaktionen und ein-

Unterschriftsfassung

fühlsame Responsivität der Bezugspersonen. Das Kind selbst ist bereits ab Geburt in besonderem Maß an sozialer Interaktion interessiert. Schon das Neugeborene orientiert sich an seinen Bindungspersonen, ahmt nach und sucht aktiv den Kontakt – es ist schon früh selbstbestimmter Akteur seiner Entwicklung. Geleitet von seiner angeborenen Motivation und Neugier wählt es selektiv aus, womit es sich beschäftigen will. Die eigenaktiv genutzten Verknüpfungen im Netzwerk der Nervenzellen werden im Entwicklungsprozess gefestigt, nicht genutzte gehen wieder verloren. Lernprozesse bedürfen einer Atmosphäre der Geborgenheit und des Zutrauens, in der sich das Kind den Herausforderungen an der Leistungsgrenze vielfältig und wiederholt stellen kann. Die kindliche Eigenmotivation, (geteilte) Freude an Wiederholungen, Ansporn von außen, gemeinsame Rituale festigen die kindlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Handelns und der Kommunikation und etablieren sie im Alltag. Insbesondere Geschwister und andere Kinder regen zur Imitation an - ein bedeutsamer Faktor in der frühkindlichen Entwicklung.

All dies unterstreicht den Stellenwert der intensiven Einbeziehung und Beratung des familiären und sozialen Umfeldes in der Förderung und Therapie bei Kindern mit Entwicklungsproblemen und (drohenden) Behinderungen. Bezogen auf Förder- und Therapiesituationen in der interdisziplinären Frühförderung bedeutet dies, dass ein Übertrag (Transfer) von Förder- und Therapieinhalten in den kindlichen Alltag (Teilhabeziele) nur durch das Einbeziehen der engen Bezugspersonen und unter Berücksichtigung des familiären und sozialen Umfeldes mit seinen Ressourcen und Barrieren (z.B. psychische Erkrankungen von Mutter oder Vater, Wohnverhältnisse) gelingen kann.

2.2. Herausforderungen der Entwicklungsbeurteilung im frühen Kindesalter

Aufgrund der beschriebenen interaktiven Dynamik der Entwicklungsprozesse des kindlichen Gehirns in ihrer Wechselwirkung mit dem Entwicklungsumfeld, in dem ein Kind aufwächst, ist Entwicklungsbeurteilung im frühen Kindesalter sehr komplex. Gemäß diesem systemischen, ganzheitlichen Verständnis (bio-psycho-soziales Modell) verlaufen Entwicklungsprozesse – sensorisch, motorisch, mental/kognitiv, sozial-emotional und sprachlich/kommunikativ – in der Regel nicht – wie das Entwicklungstabellen oftmals nahelegen – linear und unabhängig voneinander, sondern sie beeinflussen sich in hohem Maße gegenseitig auf unterschiedliche Art und Weise. Die Entwicklungsbeurteilung darf sich deshalb nicht nur umschrieben auf einen Funktionsbereich (z.B. die Bewegung oder die Kognition) beschränken, sondern muss stets eine multidimensionale Betrachtung beinhalten, aus der sich dann die verschiedenen Beratungs-, Förder- und Therapieziele ableiten lassen, die der Verbesserung der jeweils alters- und entwicklungsorientierten individuellen Teilhabemöglichkeiten dienen.
Frühsymptome einer Entwicklungsbeeinträchtigung oder -störung in den ersten Lebensmonaten sind oftmals noch wenig spezifisch und veränderbar. Sie beeinträchtigen dennoch schon unterschiedliche Entwicklungs- und Teilhabebereiche. Erst mit der Ausreifung der verschiedenen Hirnzentren kann die Funktionstüchtigkeit bzw. das Mitbetroffensein der jeweiligen, von diesen Zentren zu kontrollierenden Funktionen in ihrer Konsequenz beurteilt werden. Darin liegt die besondere Herausforderung entwicklungsneurologischer Beurteilung des Kindes im Vergleich zur neurologischen Beurteilung des Erwachsenen. Andererseits bietet die frühe Kindheit – mehr als jedes andere Zeitfenster – somit Möglichkeiten der Modifizierbarkeit der unterschiedlichen Faktoren, welche den Entwicklungsverlauf prägen.

Unterschriftsfassung

2.3. Verändertes Klientel hinsichtlich Indikation und Inanspruchnahme der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung – „die neuen Morbiditäten“

Während zu Beginn der interdisziplinären Frühförderung Kinder mit manifesten Problemen in der körperlichen oder mentalen Entwicklung das Schwerpunktklientel bildeten, hat sich das Spektrum der Kinder, die in die Frühförderung kommen, in den letzten Jahren zunehmend gewandelt. Dies mag einer gründlicheren Vorsorge sowie verbesserten Versorgung geburtshilflich und neonatologisch zu verdanken sein, andererseits einem gesellschaftlichen Wandel. In der Nachsorge von Früh- und Risikoneugeborenen zeigt sich beispielsweise, dass diese im Laufe der Jahre eine geringere Rate und leichtere Schweregrade einer Zerebralparese aufweisen, andererseits werden umschriebene Leistungsstörungen (visuokonstruktiv, Probleme in der Aufmerksamkeitssteuerung u.a.) – jedoch oft erst im Vorschulalter – zunehmend deutlich (s. 2.4).

Eine interdisziplinäre Diagnostik und Beratung ist erforderlich bei Kindern mit Regulationsstörungen in den Bereichen Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Trink- und Essverhalten sowie bei Kindern mit Problemen in der Steuerung von Affekt, Aktivität oder Aufmerksamkeit. Eine weitere Gruppe sind Kinder mit umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie mit Auffälligkeiten im sozial-emotionalen und kommunikativen Verhalten. Zuzunehmen scheint die Zahl der Kinder, denen bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme in Kindertagesstätten wegen sprachlich-kommunikativer und psychosozialer Barrieren die Teilhabe an altersgerechten Aktivitäten nur bedingt möglich ist. In Regelkindergärten können diese Kinder häufig nicht integriert werden. Die hohe Prävalenz von Kindern mit Störungen der Emotionalität, des Verhaltens und in der Folge der funktionellen Entwicklung wird schon länger als „neue Morbidität“ bezeichnet (Schlack 2008; 2015).
Medienkonsum- bzw. Exposition im (Säuglings- und) Kleinkindalter über z.T. viele Stunden am Tag hat massive Auswirkungen auf die sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Kinder. Der Medienkonsum der Erwachsenen kann sich sowohl vernachlässigend als auch in Form einer negativen Vorbildfunktion für die Kinder auswirken.
Verhaltens- und Kommunikationsstörungen von Kindern haben negative Auswirkungen auf ihre individuellen Möglichkeiten der Teilhabe im familiären und frühen sozialen Kontext, in der Kinderkrippe / Kindertagesstätte, mittel- und langfristig auf den Schulerfolg, die berufliche Qualifikation und die soziale Eingliederung.
Den betroffenen Kindern wird es somit nicht ermöglicht, ihr individuelles Entwicklungspotenzial auszuschöpfen und ihre Entwicklungsaufgaben zu erfüllen. Belegt ist bei Kindern eine Korrelation zwischen Problemverhalten und benachteiligten Lebensumständen, in denen das Kind aufwächst (emotionale Deprivation kann allerdings sowohl in Armuts- wie auch in Wohlstandsfamilien auftreten). Spätere Anstrengungen zur Kompensation der ggf. früh mangelnd erfüllten sozio-emotionalen Grundbedürfnisse durch funktionelles Kommunikations- oder Verhaltenstraining, psychotherapeutische oder (teil-)stationäre Maßnahmen sind weniger effektiv als ein früher Kompetenzerwerb und verursachen enorme Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Kinder, die in solchen sozio-emotional deprivierenden Lebens- und Teilhabebedingungen leben, früh zu erfassen und deren Familien frühzeitig durch geeignete Beratungs- und Unterstützungsangebote dahingehend zu motivieren, dass ihr Kind frühzeitig kompensatorische Alternativen innerhalb und außerhalb der Familie erfährt, stellt die niedergelassenen Kinder-

Unterschriftsfassung

und Jugendärzte und alle Fachkräfte im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich vor große Herausforderungen.
Wenn Früherkennung und Frühförderung individuell gelingen und erfolgreich sein sollen, benötigen die Fachkräfte der Interdisziplinären Frühförderstellen genügend Zeit und Ressourcen für einen oft langen Vertrauensaufbau, für viel Netzwerkarbeit, für unter Umständen wiederholt weite Anfahrtswege, um die Familien zu erreichen (mobile Frühförderung). Denn nur dann werden sich bei enger stützender Zusammenarbeit aller beteiligter Fachkräfte und Institutionen gelingende Perspektiven für ein Kind nicht nur aufzeigen, sondern auch umsetzen lassen (s. 3.).

2.4. Bedeutsamkeit der interdisziplinären Diagnostik und umfassenden Ermittlung von Teilhabebedarfen

Um bei bestehenden Entwicklungsrisiken und Entwicklungsbeeinträchtigungen die Entwicklungsdynamik eines Kindes verfolgen, wiederholt beurteilen und die gebildeten Hypothesen überprüfen zu können, sind bis ins Schulalter hinein je nach Fragestellung und Problematik individuell angepasste Entwicklungsbeurteilungen erforderlich (interdisziplinäre Verlaufsdiagnostik). Die zeitlichen Abstände und der diagnostische Umfang sind in Abhängigkeit von Entwicklungsverlauf und Fragestellung individuell zu wählen. Entwicklungsfortschritte bilden sich nicht nur quantitativ ab im Zugewinn dokumentierbarer funktioneller Testitems, sondern vorrangig qualitativ in der beobachtbaren Veränderung von Motivation, Selbstvertrauen, Anstrengungsbereitschaft, Lern- oder Handlungsstrategien. Zudem fordert jede Testsituation eine Berücksichtigung günstiger Kontextbedingungen (z.B. Beziehungskontext, Positionierung des Kindes mit körperlicher Behinderung, Berücksichtigung des Zeitfaktors, reizarme Umgebung u.ä.). Die Verlaufsdiagnostik ist begleitender Teil des Förderprozesses. Sie hat in umso kürzeren Abständen und umso präziser zu erfolgen, je jünger das Kind und je gefährdeter und beeinflussbarer seine Entwicklung ist. Jede der beteiligten Fachkräfte ist für ihr spezifisches Arbeitsgebiet daran beteiligt.
Viele Entwicklungsstörungen verändern sich in ihrer Symptomatik. Neue Symptome werden sichtbar, andere verlieren sich wieder. Erwartbare Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) beim Kind und auch reaktive Verhaltensänderungen z.B. bei den Bezugspersonen in der Interaktion mit dem Kind sind zu analysieren und differenzieren, um sekundäre Schädigungen oder Teilhabe-Barrieren in der Beratung, Förderung und Therapie aufgreifen zu können, ihnen entgegenzuwirken und sie damit nach Möglichkeit zu mildern.
Ob eine bleibende Behinderung vorliegt und welches Ausmaß sie in den verschiedenen Teilhabeaspekten aufweisen bzw. perspektivisch zeigen wird, ist oft erst im Verlauf beurteilbar. Entwicklungsprognosen sind selbst für den Erfahrenen im frühen Kindesalter nur eingeschränkt möglich. Deshalb gilt es, im Prozess der interdisziplinären Diagnostik immer wieder Raum zu schaffen für Austausch, Rückversicherung und intensive Beratungen mit den Eltern und weiteren Bezugspersonen. Ihre anamnestischen Informationen, ihre Sichtweisen und individuellen Präferenzen („Was ist Ihnen besonders wichtig in der Entwicklung Ihres Kindes?“) werden wesentlich dazu beitragen können, dass das Kind die angemessene interdisziplinäre Frühförderung und Umfeldgestaltung erfährt, die seinen Entwicklungs- und Teilhabezielen gerecht wird. Die fachspezifischen Sichtweisen der medizinisch-therapeutischen ebenso wie die der pädagogisch-psychologischen Fachkräfte, die die Kinder ja in unterschiedlichen Situationen (auch im vertrauteren familiären oder sozialen Umfeld) erleben, wie auch der kinderärztliche Blickwinkel

Unterschriftsfassung

spielen in der interdisziplinär abgestimmten Förder- und Behandlungsplanung eine wesentliche Rolle.
Die Vermittlung der Diagnose bzw. der diagnostischen Einschätzung als Zwischenschritt im Gespräch mit den Eltern und auch Kolleginnen und Kollegen der Interdisziplinären Frühförderstelle beinhaltet ein nach und nach gelingendes Sich-Aufeinander-Abstimmen von Eltern, ggf. Kind und den beteiligten Fachkräften. Nur so können die Diagnose, ihre Begleiterscheinungen und Konsequenzen für die Entwicklung, das Verhalten und die Teilhabe des Kindes in ihrer Bedeutung von den Eltern (und den verschiedenen Fachkräften) erfasst werden.
Fachlicher Austausch im Team, gemeinsame Fallbesprechungen wie auch die (wiederholte) Rücksprache mit den Eltern und ggf. dem Kind sind Voraussetzung für die Transparenz in der Diagnostik, für das Verstehen von Diagnosen und deren Bedeutung (Ätiologie, Prognose), auch im Hinblick auf die jeweils aktuellen Entwicklungs- und Teilhabeziele. Sie sind Wirkfaktoren, welche die Effizienz von Diagnostik, Förder- und Therapiemaßnahmen deutlich verbessern. Nur so ist auch eine effiziente Beratung der Betroffenen „unisono“ vorstellbar.
Diesen Prozess interdisziplinär fachkundig mitzutragen und einfühlsam zu begleiten, setzt bei allen beteiligten Fachkräften spezifische Kenntnisse, viel Erfahrung, eine empathische Grundhaltung sowie die Einbindung der Eltern voraus, kostet Geduld und Zeit.

Die Hilfe überregionaler Zentren, Kinderkliniken und anderer Institutionen kann für spezifische diagnostische Schritte und spezielle Beratung (z.B. bei seltenen Syndromen, Epilepsien oder Krankheiten) erforderlich sein, während die regelhafte ärztliche und interdisziplinäre diagnostische Arbeit und Bedarfsermittlung für ein individuelles Kind in der Interdisziplinären Frühförderstelle „vor Ort“ erfolgen und in direktem Bezug zur Förderung, Therapie und Beratung stehen muss.

2.5. Ärztliches Leistungsangebot im Rahmen der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung

Hier sollen ärztliche Aufgaben als Teil der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung zusammengefasst werden:

- Kinder- und Jugendärzte und niedergelassene Vertragsärzte sind zentrale Ansprechpartner im Gesundheitssystem um das Kind in seiner Lebenswelt. Sie kennen und beraten Kind und Familie zu einem hohen Prozentsatz schon ab den ersten Vorsorgeuntersuchungen.

- Kindervorsorgeuntersuchungen vom Neugeborenen- bis Schulalter (U1 bis U9) sind in Deutschland eine lang etablierte, präventive Leistung in der Kinderheilkunde. Sie beinhalten Screening-Untersuchungen zum frühzeitigen Ausschluss behandelbarer Erkrankungen, die unbehandelt zu mentalen oder körperlichen Behinderungen führen können, z.B. angeborene Schwerhörigkeit, Stoffwechseldefekte, Hüftdysplasien u.a. Diese Vorsorgeuntersuchungen werden von den Familien gut angenommen.
  Bei Kindern, die nicht in Deutschland geboren wurden, sind diese Leistungen zu überprüfen und ggf. nachzuholen.

- Die ärztliche Untersuchung hat neben der körperlichen, sinnesspezifischen und neurologischen Beurteilung auch Aufschluss zu geben über die mentalen, sprachlich- kommunikativen und sozial-emotionalen Kompetenzen und Barrieren des Kindes im Kontext mit seiner

Unterschriftsfassung

Umwelt. Nur so können differentialdiagnostische Ergebnisse zur Klärung der Ätiologie bzw. für die Indikationsstellung zu weiteren Untersuchungen erreicht werden.

- Bisweilen wird schon im Rahmen dieser Untersuchungen in der kinderärztlichen Praxis deutlich, ob bei einem Kind eine komplexe Entwicklungsproblematik (Epilepsie, genetische Erkrankung, Syndrom) oder eine drohende oder bereits manifeste Behinderung vorliegt und sich deshalb die Notwendigkeit zur Komplexleistung Frühförderung ergibt.

- Die Einschätzung der Kinderärzte spielt für die meisten Eltern eine wichtige Rolle. Sie können daher sehr wirksam und wiederholt Eltern ermutigen, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen oder sonstige Unterstützungsangebote anzunehmen. Bei entsprechendem Wunsch oder Beratungsbedarf der Eltern können sie diese auch dazu anregen, das Offene Beratungsangebot der örtlichen Interdisziplinären Frühförderstelle in Anspruch zu nehmen. So kann niedrigschwellig ein erster Zugang zur Beratung in Bezug auf die Entwicklung und Teilhabe an einer wohnortnahen Frühförderstelle ermöglicht werden, ohne dass schon definitiv festgestellt ist, ob überhaupt eine Entwicklungsförderung notwendig erscheint.

- Sollte anderenfalls eine interdisziplinäre Eingangsdiagnostik und umfassende Bedarfsermittlung (ICF-Orientierung) im Sinne der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung angezeigt sein, ist der Kinderarzt gemeinsam mit den Fachkräften der Frühförderstelle verantwortlich für die Förder- und Behandlungsplanung im Hinblick auf die Entwicklungs- und Teilhabeziele in enger Absprache mit den Eltern. - Diese werden im Förder- und Behandlungsplan (FuB) dokumentiert und beantragt.

- Damit diese interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingt, sind praktikable Lösungen für die ärztliche Mitwirkung an diesem diagnostischen Prozess, an der Erstellung des Förder- und Behandlungsplans, an Fallbesprechungen und Teamsitzungen unbedingt erforderlich. Dazu bedarf es räumlicher und zeitlicher Ressourcen für den gegenseitigen Informationsaustausch. Entsprechende Kooperationsformen sind sicherzustellen. Bestimmte Zeitfenster für die gegenseitige Erreichbarkeit von Fachkräften der Frühförderstelle und betreuenden Ärzten könnten hilfreich sein.

- Ärztliche und medizinisch-therapeutische Aspekte sind differenzialdiagnostisch stets einzubeziehen, auch um sicherzustellen, dass somatische Symptome oder Komorbiditäten z.B. von Epilepsien, Zerebralparese, Gedeihstörungen, Muskelhypotonie oder -schwäche nicht übersehen oder fehlinterpretiert werden.

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutet auch Austausch mit Fachärzten anderer Disziplinen wie Augenärzten, Pädaudiologen, Orthopäden u.a. fallbezogen und auf fallübergreifender Ebene im Sinne einer gesundheits- und sozialraumorientierten Vernetzung. Auch hier gilt es, angesichts enger Zeitressourcen, mehr und besser strukturierte Möglichkeiten zu schaffen und zu nutzen.

Unterschriftsfassung

2.6. Die Rolle der medizinisch-therapeutischen Fachkräfte im Gesamtprozess der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung

Die Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung beinhaltet ein interdisziplinäres fachliches Zusammenwirken von Fachkräften, in dem die Leistungen aus dem medizinisch-therapeutischen, sozial-, sonder-, heilpädagogischen, psychologischen und (kinder-) ärztlichen Bereichen für Kind, Familien und deren Lebenswelten inhaltlich und organisatorisch zusammengeführt werden.
Auf diese Weise wird der Komplexität und großen Entwicklungsdynamik der frühen Kindheit und ihrer Umfeldabhängigkeit Rechnung getragen.
Medizinisch-therapeutische Leistungen (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie) im Rahmen der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung werden auf der Grundlage des Förder- und Behandlungsplans erbracht. Es gelten in diesem Kontext grundsätzlich nicht die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss).
Beratung, Unterstützung und Begleitung der Eltern/Erziehungsberechtigten zählen im Rahmen der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung und im Kontext des Förder- und Behandlungsplans regelhaft auch zu den Aufgaben medizinisch-therapeutischer Fachkräfte. Die medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung unterliegen im Sinne der ICF-Orientierung den Vorgaben des BTHG.
Nur so sind neben funktionell benannten Therapiezielen die elementaren Zielbereiche der Komplexleistung Frühförderung im Bereich der Entwicklungs- und Teilhabeziele wie auch der Umweltfaktoren im kindlichen Alltag und seine Wechselwirkungen zu erreichen.
Die medizinisch-therapeutischen Leistungen sind – ebenso wie z.B. heilpädagogische Leistungen der Interdisziplinären Frühförderstellen - in mobiler Form zu erbringen, wenn dies aus fachlichen und/oder aus organisatorischen Gründen notwendig ist (wie z.B. unzumutbare Anfahrtswege in ländlichen Gegenden, Erkrankungen von Familienangehörigen). Eine medizinische Indikation ist somit nicht die alleinige notwendige Voraussetzung für die mobile Erbringung der Komplexleistung Frühförderung. Die gesetzlich verpflichtende ICF-Orientierung und damit das unerlässliche Einbeziehen und Fokussieren der im Alltag relevanten Barrieren und Ressourcen von Aktivität und Teilhabe eines Kindes in seinen Lebenswelten sind ohne zumindest zeitweise mobile Leistungserbringung schlicht nicht möglich.
Nicht nur bei körperlichen Einschränkungen ist gerade der Blickwinkel der medizinisch-therapeutischen Fachkräfte, die mit einer Vielzahl von Krankheiten, die mit Entwicklungsstörungen einhergehen, vertraut sind, unverzichtbar. Ihre Kompetenzen in der Beratung und Anleitung hinsichtlich einer Versorgung mit Hilfsmitteln (Mobilitätshilfen, Kommunikationshilfen o.ä.) sind ganz wesentlich für das Gelingen von Aktivität und Teilhabe in verschiedenen Alltagssituationen (in der Familie, im Freien, im Bad u.ä., in der KiTa). Zu deren Beschaffung wird in aller Regel eine ärztliche Verordnung und Begründung erforderlich. Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten beim Kind und der Familie und in anderen Lebens- und Teilhabebereichen zu entdecken und zu fördern, ist von hoher Wichtigkeit für die weitere Entwicklung und Lebensgestaltung des Kindes.

Unterschriftsfassung

3. Abschließendes Statement – Resümee

Die Komplexität der kindlichen Entwicklung in seiner Dynamik und Vielfalt der unterschiedlichen Entwicklungsdimensionen wie auch die untrennbare Verwobenheit der kindlichen Entwicklung mit seiner elterlich/familiären Umwelt macht deutlich, wie unverzichtbar in der frühen Kindheit der interdisziplinäre Blickwinkel und Ansatz der interdisziplinären Frühförderung in all ihren Modulen ist. Die Leitlinien, wenn auch fokussiert auf den medizinischen Anteil an der Komplexleistung Früherkennung und Frühförderung, machen zu jedem Moment die unumstößliche Notwendigkeit des interdisziplinären Arbeitens von medizinischen, pädagogischen und psychologischen Fachkräften deutlich. Diese Aspekte wirken wie Zahnräder, die zwar einzeln fachspezifisch tätig sind, aber nur gemeinsam mit Kind und Eltern das beste bewirken können.
Letztlich ist die Frühförderung nun unter dem Blickwinkel der gesetzlichen Vorgaben des BTHG und damit der ICF-Orientierung erst recht der Interdisziplinarität, der Ganzheitlichkeit und der Kind- und Familienorientierung als fachliche Standards verpflichtet.
Zudem wurde durch das BTHG die nahtlose Zusammenführung benötigter Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen „wie aus einer Hand“ in verbindlicher Weise gestärkt.
Die Koordinierung der Leistungen ist unmittelbar und uneingeschränkt anzuwenden.

Wenn Früherkennung und Frühförderung individuell gelingen und erfolgreich sein sollen, benötigen die Fachkräfte der Interdisziplinären Frühförderstellen genügend Zeit und Ressourcen für einen oft langen Vertrauensaufbau, für eine alltagsbezogene, mobile Förderung, Beratung und für Netzwerkarbeit. Nur dann werden sich bei enger stützender Zusammenarbeit aller beteiligter Fachkräfte mit den Eltern gelingende Perspektiven für das Kind aufzeigen und umsetzen lassen.

Quellen

Fricke C, Hollmann H (2022) Ärztliches Handeln in der frühen Entwicklungsförderung. Frühförderung interdisziplinär 3/2022, 128-137

Schlack HG (2015) Seelische Gesundheit – was ist das? Kinderärztliche Praxis 86, S.327, Nr. 6

Schlack HG (2008) Eine kranke Generation? Psychosoziale Gründe der neuen Morbidität. Kinderärztliche Praxis 79, 209-214, Nr. 4

Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung – Bundesvereinigung e.V. (VIFF) Gesamtprozess der Frühförderung als Komplexleistung an Interdisziplinären Frühförderstellen. Handlungsempfehlungen zur Umsetzung BTHG / SGB IX / FrühV, 2018

Ziegler M (2015) Regulationsstörungen: Ursachen, Wechselwirkungen, Interventionen. Kinderärztliche Praxis 86, 356-360, Nr. 6

Unterschriftsfassung

Neufassung April 2024
für die AG der VIFF Bayern:
Dr.med. Renate Berger
Dr.med. Angelika Enders

im Auftrag der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V., LV Bayern
(Vorsitzende Irene Berner / stellvertr. Vorsitzende Dr. med. Margret Ziegler)
und in enger Absprache mit:
Irene Berner
Gerhard Krinninger,
Helga Treml-Sieder
Dr. rer.nat. Lothar Unzner
Dr. med. Margret Ziegler

auf der Basis von
Erstfassung Oktober 1998
Dr. med. Barbara Ohrt
im Auftrag der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V., LV Bayern
(Vorsitzende Dr. med. Renate Berger / stellvertr. Vorsitzender Prof. Dr. phil. Hans Weiß)

Aktualisierte Fassung April 2006
Dr. med. Barbara Ohrt
im Auftrag der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V., LV Bayern
(Vorsitzende Helga Treml-Sieder / stellvertr. Vorsitzender Prof. Dr. phil. Hans Weiß)
und in Zusammenarbeit mit der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern
(Seidlstr. 4, 80335 München)

Revision 2011
Die Leitlinien wurden im Februar 2011 durch den Vorstand der VIFF-Bayern durchgesehen, eine Aktualisierung war nicht erforderlich.

Unterschriftsfassung